

同 意 書

私並びに私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療費(育成医療)の支給認定のために必要な事項（収入、所得、課税及びマイナンバー、住民基本台帳、生活保護受給者台帳、医療保険、その他の必要に応じた事項）について、諫早市福祉事務所長が調査することに同意します。

年 月 日

諫早市福祉事務所長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____

申請者と医療保険を同一にする者	(申請者との関係)
住 所 氏 名	()
住 所 氏 名	()
住 所 氏 名	()
住 所 氏 名	()
住 所 氏 名	()
住 所 氏 名	()
住 所 氏 名	()

※以後、医療保険を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。

~~~~~(裏面あり)~~~~~

## 自立支援医療費（育成医療） 収入状況届

受給者氏名 \_\_\_\_\_

(※受給者が18歳未満であり、収入がない場合は、保護者名を記入し、保護者の収入についてお答え下さい。)

私の令和 \_\_\_\_\_ 年中の収入は次のとおりです。

(申請する月が1月～6月までは前々年、7月～12月までは前年です)

※該当する項目に○をつけてください。

1. 収入なし
2. 障害基礎年金 1級・2級・3級 を受給している。  
(該当する等級に○印をしてください)
3. 障害厚生年金 等級 (    級 ) 年額 (                      円)
4. 遺族年金 年額 (                      円)
5. 特別児童扶養手当 (                      円)
6. 障害児福祉手当または特別障害者手当 (                      円)
7. 工賃 (                      円)・仕送り (                      円) がある。
8. 国民年金・厚生年金等を受給している。
9. その他(給与・アルバイト)を受給している。年額 (                      円)

※ 2、3、4の方は、金額がわかる年金振込通知書等の書類の写しを添付していただきますようお願いいたします。